

PERSONAS NO CIUDADANAS BAJO PATROCINIO QUE SOLICITAN O RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA Y/O ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Información importante para las personas no ciudadanas patrocinadas por otras personas

Como persona no ciudadana patrocinada por otra(s) persona(s), usted tiene que cumplir con condiciones especiales para recibir asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Las condiciones especiales son:

- Se tendrán que revisar los ingresos y recursos de su patrocinador para que usted pueda recibir beneficios. Su patrocinador tiene que proporcionar información en el formulario adjunto. Tanto usted como su patrocinador tienen que firmar este formulario.
- Si se aprueba su solicitud, usted y su patrocinador tendrán que completar reportes cada trimestre respecto a sus ingresos y recursos para poder recibir beneficios de asistencia monetaria y estampillas para comida. Si su patrocinador no proporciona esta información, es posible que los beneficios de usted cambien o se discontinúen. Los miembros de la familia que no estén patrocinados y que de otra manera reúnan los requisitos, podrán recibir y seguir recibiendo sus beneficios.
- **Usted es la persona responsable de asegurarse de que el departamento de bienestar público del condado reciba toda la información que se pida en relación a usted y a su patrocinador.**

Información importante para los patrocinadores

La persona no ciudadana que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria y/o estampillas para comida. Si usted completó una declaración jurada de mantenimiento, los reglamentos estatales requieren que el departamento de bienestar público del condado evalúe los ingresos, recursos y bienes de usted para decidir si el solicitante no ciudadano puede recibir beneficios o no. Normalmente el patrocinio es por un tiempo indefinido. Usted tiene que completar y firmar este formulario bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposo(a) o si él/ella ha firmado una declaración jurada de mantenimiento, también se cuentan los ingresos, recursos y bienes de él/ella.

Si se aprueba la solicitud de la persona no ciudadana para recibir asistencia monetaria, **cada trimestre** usted tendrá que reportar los ingresos, recursos y bienes propios en el "Reporte trimestral de ingresos y recursos del patrocinador" (*Sponsor's Quarterly Income and Resources Report - QR 72*). La persona no ciudadana le proporcionará el reporte. El reporte tiene que ser completado y devuelto inmediatamente a la persona no ciudadana para asegurar que dicha persona continúe siendo elegible para recibir asistencia. Cada trimestre, se usarán los recursos y una parte de los ingresos de usted para determinar si la persona no ciudadana continúa siendo elegible y para determinar los beneficios.

Si como resultado de que usted no reporte la información de una manera correcta la persona no ciudadana recibe beneficios a los cuales no tiene derecho, es posible que usted y/o la persona no ciudadana tengan que reembolsar estos beneficios.

DECLARACIÓN DE DATOS DEL PATROCINADOR INGRESOS Y RECURSOS

(Solicitud suplemental para estampillas para comida y asistencia monetaria)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPECTO A USTED Y A SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SI SU ESPOSO[A] HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO) Y DEVUÉLVALE ESTE FORMULARIO A LA PERSONA NO CIUDADANA INMEDIATAMENTE.

Noncitizen name and address

--	--

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas. Adjunte pruebas cuando el formulario las pida.

① SU NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DOMICILIO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO)	

② NOMBRE DE SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SE HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO) (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	¿HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO EL/LA ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

③ ¿Recibe usted o su esposo(a) asistencia, tal como: Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Estampillas para Comida, o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del caso	Fecha de nacimiento	Clase de asistencia	Condado	Estado

Si **ambos**, usted y su esposo(a), reciben asistencia y la persona no ciudadana no está solicitando estampillas para comida, complete solamente la sección de certificación en la página 3 y devuelva el formulario. De otro modo, vaya a la pregunta número ④.

④ A. ¿Ha patrocinado usted o su esposo(a) la entrada de otras personas no ciudadanas a los Estados Unidos (EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente usando el formulario I-864, I-864A, o I-134: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la persona no ciudadana	Dirección de la persona no ciudadana	Fecha de admisión a los EE. UU.

B. ¿Alguna de las personas no ciudadanas anotadas en ④A está recibiendo alguna clase de asistencia, tal como: CalWORKs, estampillas para comida o SSI? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Clase de asistencia	Fecha inicial de la solicitud	Condado	Estado

⑤ ¿Tiene usted o su esposo(a) a otras personas a las que reclama o pudiera reclamar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la(s) persona(s)	¿Vive esta persona con el patrocinador?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLO PARA USO DEL CONDADO
 CASE NAME: _____
 CASE NO: _____
 WORKER NO: _____

VERIFIED:
 Letter on File
 Verbal Communication
 Other: _____

VERIFIED:
 Affidavit of Support on File
 I-864
 I-864A
 I-134
 Other: _____

Verified
 Verified
 IRS Form 1040 Reviewed
 Other: _____

Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No

6 Actualmente ¿tiene usted o su esposo(a) un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. Adjunte talones de cheques u otros comprobantes de salarios. Si usted o su esposo(a) trabaja por cuenta propia, anote los gastos relacionados con el negocio en una hoja aparte y adjunte pruebas de los ingresos y gastos.							SOLO PARA USO DEL CONDADO	
Nombre	Nombre del empleador	Pago en bruto (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, mensualmente, etc.)	Comisiones o propinas	No. de dependientes reclamados en los impuestos	Check if Exempt	Enter Date Viewed	
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pay Stubs Other	
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
7 ¿Recibe o espera recibir, usted o su esposo(a), otros ingresos tales como: Seguro Social, seguro contra desempleo/discapacidad/incapacidad, mantenimiento de hijos/esposo(a), beneficios para veteranos, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas de los ingresos.								
Nombre	Clase de ingresos		Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?		Check if Exempt	Specify Verification and Date Reviewed:	
			\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
8 ¿Tiene usted o su esposo(a) alguno de los siguientes recursos? Marque "Sí" o "No" para cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:								
Recurso		Patrocinador	Esposo(a)	Recurso		Patrocinador	Esposo(a)	
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fondos en fideicomiso (<i>trust funds</i>)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuentas de cheques, de ahorros, de unión de crédito		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones, bonos, certificados		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (especifique abajo)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (dirección de casa, banco, etc.)		No. de cuenta	Check if Exempt		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
9 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) o está comprando alguna propiedad inmueble, tal como: una casa, un terreno, edificio, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Clase de propiedad	Domicilio/Ubicación	¿Cómo la usa? (es su hogar, la alquila, etc.)	Saldo que debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria	Check if Exempt	
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
10 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a), usa o está abonando, algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, camión, lancha, remolque, furgoneta (van), vehículo para acampar, motocicleta, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Año, marca, modelo	No. de placa y estado donde se registró	Cantidad actual de la cuota de matrícula	Saldo que debe		Check if Exempt		
						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vehicle Valuation	
						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1. \$ _____ 2. \$ _____	
11 Si usted o su esposo(a) reciben ingresos, ¿pagan mantenimiento de hijos ordenado por la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", anote la cantidad mensual que paga \$_____ ¿Quién la paga? _____							<input type="checkbox"/> Verified	
12 ¿Le hace usted o su esposo(a) pagos de mantenimiento a otras personas que no viven en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:							<input type="checkbox"/> Verified	
¿Quién paga?		¿A quién le paga (nombre)?			Cantidad que paga			
					\$			
					\$			
					\$			
					\$			
13 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) o usa bienes personales tales como: joyas, equipo, instrumentos, ganado, etc.? No incluya ropa, anillos de boda, alfombras, muebles, aparatos domésticos, u otros accesorios domésticos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Nombre del artículo	Fecha de compra	Precio de compra	¿Fue un regalo?	Cantidad que debe			
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
							Net Market Value	
							1. _____	
							2. _____	
							3. _____	
							4. _____	

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que si a propósito no reporto los datos correctos o todos los datos para los Programas de CalWORKs, Estampillas para Comida, o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) basado en asistencia monetaria, se me puede castigar y se me puede acusar legalmente del delito de fraude. Si se me declara culpable de cometer fraude, es posible que tenga que pagar una multa de hasta \$10,000 por el Programa de CalWORKs y \$250,000 por el Programa de Estampillas para Comida. Y se me puede mandar a la cárcel/prisión hasta por 5 años por el Programa de CalWORKs y 20 años por el Programa de Estampillas para Comida. En los Programas de CalWORKs y Estampillas para Comida, mis beneficios se pueden descontinuar durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, o para siempre.
- Entiendo que la información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficinas/agencias locales, estatales y federales.
- Entiendo que el caso de la persona no ciudadana, incluyendo mi declaración, puede ser seleccionado para una revisión adicional con el fin de asegurar que se determinó correctamente la elegibilidad de la persona no ciudadana.
- Entiendo que es posible que se requiera que reembolse los beneficios que se paguen en exceso debido a que se reportó información incorrecta o incompleta.
- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, tanto usted como su esposo(a) tienen que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando estampillas para comida, usted o su esposo(a) tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACIÓN DEL PATROCINADOR:

- Entiendo que el término para el patrocinio es normalmente un período de tiempo indefinido.
- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información en esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR	FECHA
FIRMA O MARCA DEL ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR(A) (SI VIVEN JUNTOS O SE HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, la persona no ciudadana tiene que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando estampillas para comida, la persona no ciudadana, el jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro del hogar o un representante autorizado tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA NO CIUDADANA:

- He revisado este formulario que ha sido firmado y completado por parte de mi(s) patrocinador(es). Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA O MARCA DE LA PERSONA NO CIUDADANA O DECLARANTE	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources	CalWORKs Sponsor/Sponsor's Spouse Income Computation	Food Stamp Sponsor/Sponsor's Spouse Computation																																																																														
<table border="0"> <tr> <td>A. ITEMS</td> <td align="center">VALUE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Total</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">CW FS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)</td> <td align="center">NA \$1500</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Equals Subtotal</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Total (Divide D by E)</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in F to be included in each noncitizen's property limits.</p>	A. ITEMS	VALUE		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		B. Total	\$ _____			CW FS		C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)	NA \$1500		D. Equals Subtotal	= _____		E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS	_____		F. Total (Divide D by E)	= _____		<table border="0"> <tr> <td>A. Earned Income</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Unearned Income</td> <td>+ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Subtotal</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Divide C by D</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Number of sponsored noncitizens in this AU</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Total (Multiply E by F)</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in G to be deemed income for entire AU.</p>	A. Earned Income	\$ _____		B. Unearned Income	+ _____		C. Subtotal	= _____		D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____		E. Divide C by D	= _____		F. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____		G. Total (Multiply E by F)	= _____		<table border="0"> <tr> <td>A. Earned Income</td> <td>\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Less 20%</td> <td>- _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Unearned Income</td> <td>+ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size</td> <td>- _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Subtotal</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Total (Divide E by F)</td> <td>= _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in G to be deemed income for each sponsored noncitizen.</p>	A. Earned Income	\$ _____		B. Less 20%	- _____		C. Unearned Income	+ _____		D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____		E. Subtotal	= _____		F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps	_____		G. Total (Divide E by F)	= _____	
A. ITEMS	VALUE																																																																															
_____	\$ _____																																																																															
_____	\$ _____																																																																															
_____	\$ _____																																																																															
_____	\$ _____																																																																															
_____	\$ _____																																																																															
B. Total	\$ _____																																																																															
	CW FS																																																																															
C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)	NA \$1500																																																																															
D. Equals Subtotal	= _____																																																																															
E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS	_____																																																																															
F. Total (Divide D by E)	= _____																																																																															
A. Earned Income	\$ _____																																																																															
B. Unearned Income	+ _____																																																																															
C. Subtotal	= _____																																																																															
D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____																																																																															
E. Divide C by D	= _____																																																																															
F. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____																																																																															
G. Total (Multiply E by F)	= _____																																																																															
A. Earned Income	\$ _____																																																																															
B. Less 20%	- _____																																																																															
C. Unearned Income	+ _____																																																																															
D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____																																																																															
E. Subtotal	= _____																																																																															
F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps	_____																																																																															
G. Total (Divide E by F)	= _____																																																																															

WORKER SIGNATURE	WORKER SUPERVISOR	DATE
------------------	-------------------	------